

ชาวบ้านจึงต้องให้การดูแลต่อไป (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2543) สาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาในผู้ดูแลนี้มาจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในโรคสมองเสื่อมและวิธีการดูแลประกอบกับการขาดการสนับสนุนทางจิตสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการเผชิญกับปัญหาในการดูแล โดยเฉพาะทางด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ส่งผลให้ผู้ดูแลวิตกกังวลกับอาการของผู้สูงอายุ รู้สึกไร้ค่า รู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจและรู้สึกคับข้องใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย รู้สึกอาย รู้สึกไม่พึงพอใจ และโกรธ ร่วมถึงการขาดการพบปะกับเพื่อนฝูงและการร่วมกิจกรรมทางสังคม ลดลง แยกตัวออกจากสังคม ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว จึงเป็นเหตุให้เกิดความเครียดและความพึงพอใจในชีวิตลดลงตามมา และอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Toseland, 2001) ผลกระทบดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลจะทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเมื่อเกิดอาการขึ้นกับผู้สูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุจะมีชีวิตอยู่เป็นระยะเวลาประมาณ 8-10 ปี จนกระทั่งเสียชีวิต ดังนั้นจึงควรที่จะหาแนวทางการช่วยเหลือสนับสนุนและให้ความสนใจทางด้านจิตใจของผู้ดูแลอย่างมาก

3. ทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ

เนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจที่รุนแรงทำให้ทุกคนต้องประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัวให้อยู่รอด แต่ถ้าครอบครัวใดมีผู้เจ็บป่วยภายในบ้านเกิดขึ้นจึงจำเป็นที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งต้องเสียสละเวลาหรือออกจากงานมาช่วยเหลือดูแลบุคคลดังกล่าว ในกรณีเดียวกันนี้เมื่อครอบครัวใดมีผู้สูงอายุซึ่งเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม จึงจำเป็นอย่างมากที่จะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเพราะถ้าปล่อยทิ้งผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพังอาจมีผลให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งการที่ต้องเสียบุคคลในการช่วยเหลือเลี้ยงครอบครัวทำให้ขาดรายได้ที่จะมาจุนเจือครอบครัว มีผลต่อค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวไม่เพียงพอ เนื่องจากส่วนหนึ่งต้องนำไปใช้ในการรักษาผู้สูงอายุซึ่งเจ็บป่วยเรื้อรังผลที่ตามมานอกจากปัญหาเศรษฐกิจแล้วอาจมีผลต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัวและเพื่อนลดลงตามมาได้เช่นกัน

ความรู้สึกมีภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ดังที่ได้กล่าวถึงปัญหาและอุปสรรคในการให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ มีผลให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลนั้นว่า เป็นภาระต่อตนเอง ซึ่งภาระที่เกิดขึ้นจากการดูแลนี้ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องภาระ พบว่ามีการเรียกภาระแตกต่างกันบางกลุ่มใช้คำว่าภาระ (burden) (Zarit, Todd, & Zarit, 1986) บางกลุ่มใช้คำว่า ภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) (Stommel, Given & Given, 1990) บางกลุ่มใช้คำว่า ภาระการดูแล (caregiver burden) แต่ในความหมายที่เข้าใจก็คือ สิ่งที่ใช้อธิบายในประเด็นเดียวกันเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลหรือผลกระทบ

ความยากลำบาก หรือปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลทั้งสิ้น โดยมีผู้ให้ความหมายและคำจำกัดความแตกต่างพอสรุปได้ ดังนี้

ตามพจนานุกรมไทย ภาระ หมายถึง การงานที่หนัก ชุระที่หนัก หน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ (วิทย์ เทียงบุรณธรรม และเกษม เทียงบุรณธรรม, 2543)

ภาระ หมายถึง ปริมาณหรือขอบเขต (extent) ที่ผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตในสังคมและสถานะเศรษฐกิจ ที่ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย (Zarit, Todd, & Zarit, 1986)

ภาระ หมายถึง ปัญหาของผู้ดูแลที่เกิดจากความไม่สมดุลระหว่างความต้องการการดูแลของผู้รับการดูแล กับความสามารถในการให้การดูแลของผู้ดูแล (Braithwaite, 1992 cited in Dibartolo, 2002, p. 25)

ภาระ หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นมาจากความไม่สมดุลกันระหว่างความต้องการกับแหล่งทรัพยากร (Given & Given, 1991 cited in Dibartolo, 2002, p. 25)

ภาระ หมายถึง ปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ที่เกิดจากสมาชิกภายในครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่อง (Gwyther & Georage, 1986)

สรุปได้ว่าภาระของผู้ดูแลคือ ความรู้สึกของผู้ดูแลที่รับรู้ได้จากผลของความยากลำบากในการรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ซึ่งส่งผลของการดูแลนั้นส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ดูแล

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการะของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงจะมีความรู้สึกมีภาระมากกว่าเพศชาย และผู้ดูแลที่เป็นบุตรจะมีความรู้สึกมีภาระมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส (Chang, 1999, p. 174) ซึ่งสาเหตุที่ก่อให้เกิดความรู้สึกมีภาระที่พบมากที่สุด คือ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (Biege, 1994 cited in Chou, Lynda & Joseph, 1999) รองลงมาคือ ความสามารถในการเผชิญปัญหา การขาดความรู้ความเข้าใจในโรคสมองเสื่อมและวิธีการดูแล ประกอบกับขาดการสนับสนุนทางด้านจิตสังคม (Chou, Lynda & Joseph, 1999 ; Chang, 1999, p. 174) ซึ่งพบว่าผลจากการให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ คือ ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า ได้รับความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย มีความรู้สึกผิด รู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจ รู้สึกโดดเดี่ยว และปัญหาค่าใช้จ่ายภายในบ้าน มีผลต่อระดับความเครียดเพิ่มขึ้น ระดับความพึงพอใจในชีวิตลดลง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าตามมา (Brognia, 1998 ; Harwood, 1999 cited in Dibartolo, 2002 ; Toseland, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของบูล (Bull, 1990 อ้างถึงใน วิจารณ์ ชะอุ่ม, 2537) ซึ่งศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาการหลงลืมของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมกับความ

ผาสุกของญาติผู้ดูแล จำนวน 262 รายพบว่า ปัญหาด้านอาการสับสนของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นและการเผชิญความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย มีผลต่อความเครียดและภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระในการดูแลเพิ่มมากขึ้น และจากการศึกษาของเกวย์เธอร์ และจอร์จ (Gwyther & George, 1986 อ้างถึงใน วิกาวรรณ ชะอุ่ม, 2537) ได้ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความจำเสื่อม จำนวน 510 ราย พบว่าภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิต ผู้ดูแลประเมินความพึงพอใจในชีวิตลดต่ำลง เป็นผลมาจากการที่มีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคมน้อยลง และมีความเครียดอย่างมาก

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของซาริท มาใช้ในการประเมินความรู้สึกมีภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาระของผู้ดูแลนี้ได้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เป็นแบบสัมภาษณ์ภาระเชิงอัตนัยเท่านั้น โดยมีจำนวนคำถามทั้งหมด 22 ข้อ มี 5 ระดับคะแนน คือ ตั้งแต่ไม่มีความรู้สึกมีภาระ (never) ถึงมีความรู้สึกมีภาระตลอดเวลา (nearly always) โดยแต่ละด้านประเมินจากสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดส่วนบุคคลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (Zarit, Todd, & Zarit, 1986)

ความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

การที่ผู้ดูแลรับรู้หรือรู้สึกต่อสถานการณ์การดูแลนั้นว่าเป็น ภาระของผู้ดูแล ซึ่งความรู้สึกมีภาระนี้มีผลกระทบโดยตรงต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลที่ลดลง ในความหมายของความผาสุกในชีวิตมีผู้เสนอแนวคิดพอสรุปได้ ดังนี้

แคมป์เบล (Campbell, 1976 อ้างถึงใน รุ่งทิพย์ แปะใจ, 2542) กล่าวถึง ความผาสุกในชีวิตของบุคคลว่า เป็นประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้ต่อสภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เปรียบเทียบกับเหตุการณ์ที่บุคคลต้องการหรือปรารถนาให้เป็น อาจมองในแง่ของความพึงพอใจและไม่พึงพอใจก็ได้ หากบุคคลเกิดความพึงพอใจมากก็อาจเป็นเครื่องบ่งชี้ว่า มีความสุขมากตามมา

แคนทริล (Canttil, 1965 อ้างถึงใน รุ่งทิพย์ แปะใจ, 2542) กล่าวว่า ความผาสุกของบุคคลเป็นการมองภาพรวมทั้งหมดของความพึงพอใจในชีวิต ตามการรับรู้ เป้าหมาย การให้คุณค่า และความเชื่อของตนเอง

โอเร็ม (Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิตร หนูเจริญกุล และคณะ, 2543) ได้ให้ความหมายว่าเป็นภาวะที่บุคคลรับรู้ต่อสภาพการณ์และเงื่อนไขที่เป็นอยู่ แสดงออกมาด้วยความพึงพอใจในชีวิตและความสุขแบบต่าง ๆ ทั้งทางด้านจิตใจ และการบรรลุถึงการบูรณาการแห่งตนในการดำรงและพัฒนาบุคลิกภาพได้อย่างต่อเนื่อง ความผาสุกเป็นสภาวะของบุคคลจากผลการกระทำดูแล

ตนเองเช่นเดียวกับภาวะสุขภาพดี ที่บุคคลมีโครงสร้างและหน้าที่อวัยวะร่างกายสมบูรณ์ ปราศจากโรคหรือความพิการ ในขณะที่บุคคลมีความผาสุกได้ แม้ในภาวะที่มีความเปราะบางทางสุขภาพ มีโรค ความผิดปกติ มีความพิการ สูญเสียโครงสร้างหรือหน้าที่บางอย่างของร่างกายไป

ดูพาย (Duppy, 1977 cited in McDowell & Newell, 1996) กล่าวว่า ความผาสุกเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคลต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ถ้าบุคคลมีความรู้สึกทางด้านบวกมาก ก็บ่งบอกถึงความผาสุกในชีวิตมากตามไปด้วย

กล่าวโดยสรุปความผาสุกในชีวิตคือ การรับรู้ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากภายในจิตใจของผู้ดูแลต่อสถานการณ์การดูแลที่ประสบอยู่ ประเมินและสะท้อนออกมาเป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตและมีความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

ความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะเกิดขึ้นได้นั้นขึ้นอยู่กับ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะเวลาในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีภาระ (Chappell & Reid, 2002) เนื่องจากอาการและระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้ดูแลจำเป็นต้องต้องให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จึงมีผลกระทบต่อระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลต่อวันค่อนข้างมากและยาวนานหลายปี ด้วยเหตุนี้โอกาสที่ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบจากอาการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุจึงมีมากอันประกอบด้วย พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและอารมณ์ของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ผลที่ตามมาอาจทำให้ผู้ดูแลนั้นรู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจ รู้สึกผิดเป็นผลมาจากการที่ไม่เข้าใจในการกระทำของผู้สูงอายุ อีกทั้งไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ จึงนำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงประกอบกับการขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากทางญาติในเรื่องบุคคลที่จะเข้ามาสลับในการช่วยเหลือดูแล และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมถึง ขาดการร่วมกิจกรรมทางสังคม และการให้บริการจากทางภาครัฐค่อนข้างน้อย ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยและผลที่ได้รับจากการดูแลทั้งสิ้น อันจะนำไปสู่ความรู้สึกมีภาระตามมา ซึ่งความรู้สึกมีภาระนี้มีผลกระทบโดยตรงต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลที่ลดลง การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาระกับความผาสุกของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมพบว่า ภาระมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแล โดยภาระมีความสัมพันธ์กันอย่างมากกับความผาสุกเชิงจิตวิสัย (subjective well-being) (Fact sheet : Burden & Well being, 2000) ซึ่งความผาสุกเชิงจิตวิสัยเป็นการรับรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ทั้งความรู้สึกทางด้านบวกและด้านลบ ที่มีต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เป็นอยู่ ประกอบด้วย ความผาสุกทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ และจากการศึกษาของวิภาวรรณ ชะอุ่ม (2537) ถึง ภาระในการ

ดูแล และความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาพบว่า ภาระในการดูแลและปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ภาระในการดูแลยังเป็นตัวทำนายความผาสุกในชีวิตได้ดีที่สุด

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความผาสุกโดยทั่วไปของดูพาย (Duppy, 1977 cited in McDowell & Newell, 1996) ซึ่งแบบประเมินนี้สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกภายในจิตใจของบุคคลประกอบด้วยทั้งหมด 6 ด้าน คือ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไป ความมีชีวิตชีวา ความผาสุก และการควบคุมตนเอง โดย สมจิต หนูเจริญกุล, ประครอง อินทรสมบัติ, และพรณวดี พุทธิวนะ (2532 อ้างถึงใน วิภาวรรณ ชะอุ่ม และคณะ, 2545) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยมีองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน และมีความสอดคล้องกับภาระของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

กล่าวโดยสรุปจากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม มีผลให้ผู้ดูแลรับรู้หรือมีความรู้สึกว่าเป็นภาระต่อตนเอง ประกอบด้วยการรับรู้ทางอารมณ์ สุขภาพร่างกาย ชีวิตในสังคมและสถานะเศรษฐกิจซึ่งมีผลต่อแบบแผนในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลนั้นเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ระดับความพึงพอใจและความสุขในชีวิตลดลง และนำไปสู่ความผาสุกในชีวิตลดลงในที่สุด (Gallant & Connell, 1997 cited in Dibartolo, 2002, p. 25) ซึ่งสาเหตุใหญ่ของการเกิดความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตที่ลดลงของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนั้นมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและแนวทางในการดูแลที่ถูกต้อง ประกอบกับการที่ผู้ดูแลขาดการสนับสนุนทางด้านจิตสังคม ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลควรได้รับการช่วยเหลือทั้งในด้านของความรู้และความเข้าใจในโรคสมองเสื่อม วิธีการดูแลและการสนับสนุนทางด้านจิตสังคม สำหรับรูปแบบในการให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมานั้น ในต่างประเทศส่วนใหญ่พบรูปแบบของกลุ่มให้ความรู้ร่วมกับการช่วยเหลือจากเพื่อน ร้อยละ 93 นอกจากนี้ยังพบรูปแบบของการให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่ม การจัดสถานพักฟื้น และรูปแบบการส่งเสริมความสามารถในการเผชิญกับความเครียด (Yin, Zhou, & Bashford, 2002) ส่วนในประเทศไทยนั้นได้ทำการศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยสรุปพบว่าผู้ดูแลมีความต้องการการได้รับความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคสมองเสื่อมและต้องการได้รับการสนับสนุนจากทางสังคม ประกอบกับประสบการณ์ของผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ผ่านมานั้นเป็นการลองผิดลองถูก ซึ่งยังไม่ถูกต้องและเหมาะสม และผลการศึกษาดังกล่าวเสนอแนะว่า ควรหาวิธีการให้การช่วยเหลือผู้ดูแล ทั้งในด้านของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม และวิธีการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม พร้อมทั้งให้การสนับสนุนทางด้านจิตสังคม (รัชฎา รักษานาม, 2543 ; ศิริพันธุ์ สาตย์, 2543 ; วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ, 2545)

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง

แนวคิดพื้นฐานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) หมายถึง การที่บุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน เหมือนกันประเภทเดียวกันมารวมกลุ่มกัน ปรึกษาหารือกัน ให้ความช่วยเหลือกัน ในรูปแบบต่าง ๆ กันตามวัตถุประสงค์เฉพาะที่สมาชิกของกลุ่มร่วมกันกำหนดขึ้น กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะใช้ ประสบการณ์ที่ผ่านมาช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน โดยเฉพาะบุคคลที่สามารถแก้ปัญหาผ่านพ้น มาได้แล้วจะช่วยแก้ปัญหาให้กับสมาชิกคนอื่น ๆ กลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้นเป็นรูปแบบหนึ่งของการ สนับสนุนทางสังคมที่เอื้อให้บุคคลต่าง ๆ ได้ต่อสู้กับวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ของชีวิต ความสัมพันธ์ใน เชิงพึ่งพานั้นเป็นสิ่งที่ปกป้องต่อความเครียดได้ สิ่งเหล่านี้ทำให้คนเราได้แปลสถานการณ์ใน แนวทางที่แตกต่างและมีความกดดันน้อยลงไป

กลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง การทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสมาชิกหลาย ๆ ประการซึ่งนักวิชาการหลายท่านได้อธิบายถึงกลไกการทำงานของ กลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยสรุป ดังนี้ (ครุณี ชุนหะวัต, 2540 อ้างถึงใน ธิดารัตน์ กำลังดี, 2543)

1. สมาชิกของกลุ่มต่างก็มาจากบุคคลที่มีปัญหาอย่างเดียวกัน ทำให้เกิดความรู้สึก เหมือนลงเรือลำเดียวกัน (being in the same boat) จึงแน่ใจว่าผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเข้าใจปัญหา อย่างแท้จริงมิใช่เป็นความรู้เฉพาะในทฤษฎีเท่านั้นจึงเกิดความต้องการที่จะกระทำการกิจกรรมเพื่อ แก้ไขปัญหานั้น ๆ
2. ความช่วยเหลือที่สมาชิกแต่ละคนให้คนอื่นจะมีผลมาถึงตนเองเสมอ เกิดเป็น ลักษณะของผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
3. คำแนะนำที่ได้จากสมาชิกจะเป็นคำแนะนำในระดับที่ปฏิบัติได้โดยง่ายซึ่งจะหาไม่ ได้จากคำแนะนำของนักวิชาการ ครอบครัว หรือ เพื่อน ยกเว้นเสียแต่ว่าบุคคลดังกล่าวประสบ ปัญหาอย่างเดียวกันมาก่อน
4. มิตรภาพที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ทำให้สมาชิกยอมรับซึ่งกันและกัน บนพื้นฐานของความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจซึ่งนำไปสู่การยอมรับคำแนะนำในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น
5. การที่สมาชิกได้พบเห็นบุคคลที่มีปัญหาและได้แก้ไขปัญหาลักษณะต่าง ๆ จนเป็นผลดีจะทำให้ได้มองเห็นเป็นแบบอย่าง (role model) ซึ่งสมควรจะปฏิบัติตามและแน่ใจว่าตนเองจะสามารถ ผ่านพ้นปัญหา และภาวะวิกฤติเหล่านั้นได้เช่นกัน

6. การได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างเป็นกันเองกับบุคคลที่เป็นพวกเดียวกันทำให้ได้ระบายความรู้สึกทุกข์ คับข้องใจ ความกลัว ความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง และปัญหาอื่น ๆ ได้โดยไม่ต้องกลัวกังวลว่าเขาเหล่านั้นจะไม่เข้าใจ แต่กลับได้รับการยอมรับในเรื่องดังกล่าวอย่างจริงใจและให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจอย่างเต็มที่

7. การที่สมาชิกได้มีโอกาสช่วยเหลือบุคคลอื่น ทั้งในการให้ข้อมูล ความรู้ กำลังใจหรือสิ่งของอื่น ๆ ทำให้สมาชิกรู้สึกมีคุณค่าต่อสังคม อึดทนต่อทัศนคติขึ้น ยอมรับสภาพร่างกายและความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น

8. การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มกล้าที่จะเปิดเผยตนเองมากขึ้นมีความรู้สึกผูกพันกันกับเพื่อนสมาชิก (cohesiveness) เกิดเป็นความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง

9. สมาชิกที่เคยมีความรู้สึกเลวร้ายหรือมีตราบาป (stigma) ที่เกิดปัญหาในชีวิตการได้พบปะคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน ทำให้รู้สึกไม่แตกต่างจากคนอื่นไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือสิ้นหวังทำให้ลดการแยกตัวออกจากสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า จุดสำคัญของความสำเร็จของกลุ่มช่วยเหลือตนเองคือ หลักของการให้ความช่วยเหลือ (principle of helper) โดยบทบาทของการให้และการรับความช่วยเหลือจากสมาชิกเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา มีส่วนร่วมในการช่วยแก้ไขปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่เพียงแต่จะได้รับความช่วยเหลือเท่านั้น ยังอาจจะให้ความช่วยเหลือแก่คนอื่น พลังจากการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยไม่มีเงื่อนไข ไม่มีเรื่องของผลประโยชน์ มีการให้โดยคำนึงถึงผู้อื่น (altruism) มีการเอื้อเฟื้อต่อกัน (reciprocity) มีกระบวนการให้และการรับความช่วยเหลือเป็นไปตามหลักประชาธิปไตยและมีการแบ่งปัน ผลจากการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองทำให้สมาชิกกลุ่มมีความเชื่อมั่น ไว้วางใจ (confidence) รู้สึกมีคุณค่า (ดรุณี ชูณหะวัณ, 2540) จากหลักการของการให้ความช่วยเหลือนั้นให้กลุ่มช่วยเหลือตัวเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงของพลังเป็นอย่างมากทำให้แต่ละคนที่มีปัญหาหรือเจ็บป่วยอยู่นั้น กลายเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือที่มีศักยภาพ พึงพอใจในตนเอง มีกำลังใจ มีความเชื่อมั่น กล้าเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น และมีแนวทางในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมต่อไป

ขนาดของกลุ่ม มีความสำคัญต่อการดำเนินงานของกลุ่ม การกำหนดจำนวนสมาชิกในการทำงานของกลุ่มขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมนั้นปัจจุบันยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ สมาชิกที่เข้าร่วมทำกลุ่มไม่ควรมีมากหรือน้อยเกินไปเพราะสมาชิกกลุ่มที่มีจำนวนมากเกินไปจะขัดขวางกระบวนการกลุ่ม มีเวลาในการทำกลุ่มน้อย ทั้งนี้จากสมาชิกทุกคนไม่มีโอกาสที่จะได้พูดหรือแสดงอารมณ์และความคิดเห็นต่าง ๆ ส่วนจำนวนสมาชิกที่มีน้อยเกินไปจะ

ส่งผลให้สมาชิกเกิดความวิตกกังวล เนื่องจากจำนวนคนน้อยทำให้ต้องมีปฏิสัมพันธ์กันบ่อยครั้งซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้สมาชิกรู้สึกไม่ปลอดภัย วิตกกังวลในการเข้าร่วมกลุ่มเพิ่มมากขึ้นและถอนตัวออกจากกลุ่มในที่สุด ขนาดของกลุ่มที่มีความเหมาะสมที่สุดคือ 7 คน (Yalom, 1995) แต่นักวิชาการบางท่านแนะนำว่าขนาดของกลุ่มย่อยที่มีความเหมาะสมควรประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มประมาณ 2-15 คน โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มมีขนาด 8-10 คน เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถมีปฏิสัมพันธ์กันได้อย่างทั่วถึง และเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ลักษณะการรับสมาชิกกลุ่ม การจำแนกกลุ่มตามลักษณะการรับสมาชิกกลุ่มสามารถจำแนกได้ 2 ประเภทคือ

1. กลุ่มปิด (closed group) คือ กลุ่มที่ประกอบด้วย สมาชิกกลุ่มเดียวกันตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งปิดกลุ่ม กลุ่มนี้จะเริ่มต้นด้วยสมาชิกจำนวนหนึ่งและพบกันไปเรื่อย ๆ โดยไม่มีการเปิดรับสมาชิกเพิ่มในระหว่างการเข้าร่วมกลุ่ม ไม่ว่ากลุ่มจะมีบรรยากาศเป็นอย่างไร หรือมีสมาชิกเพิ่มระหว่างการเข้าร่วมกลุ่ม ไม่ว่ากลุ่มจะมีบรรยากาศเป็นอย่างไร หรือมีสมาชิกที่น่าเบื่อหน่าย เช่นใดก็ตาม แต่กลุ่มชนิดนี้จะมีข้อดีคือ กลุ่มจะมีการพัฒนาและก้าวสู่ช่วงเวลาที่มีการแก้ปัญหา ซึ่งความเคลื่อนไหวนี้จำเป็นต้องใช้เวลาและความรู้สึกผูกพันเป็นหนึ่งเดียวการที่มีสมาชิกใหม่เข้ามาในกลุ่มอาจขัดขวางต่อการพัฒนากลุ่มได้

2. กลุ่มเปิด (open group) คือ กลุ่มที่มีสมาชิกบางคนออกไปแล้วและรับมีการเปิดรับสมาชิกใหม่เข้าแทนที่สมาชิกใหม่เป็นระยะ ๆ จนกระทั่งปิดกลุ่ม การเปิดรับสมาชิกใหม่จะกระทำได้ในกรณีที่สมาชิกกลุ่มจำนวนน้อยเกินไป สมาชิกขาดหาย สมาชิกลาออก หรือบรรยากาศขบเซาะมีสมาชิกที่ไม่ค่อยพูด จำเป็นต้องรับสมาชิกที่พูดและเปิดเผยตนเอง เหล่านี้เป็นเหตุผลของการเปิดรับสมาชิกใหม่ได้ทั้งสิ้น ซึ่งการเปิดรับสมาชิกใหม่นี้จะส่งผลให้กลุ่มได้ประโยชน์ในการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก มองโลกในแง่บวกต่าง ๆ ได้หลายมุมมองจากการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจัดให้โครงสร้างของกลุ่มเป็นแบบกลุ่มปิด เพื่อกลุ่มจะมีการพัฒนาและก้าวสู่ช่วงเวลาที่มีการแก้ปัญหา ซึ่งความเคลื่อนไหวนี้จำเป็นต้องใช้เวลาและความรู้สึกผูกพันเป็นหนึ่งเดียวการที่มีสมาชิกใหม่เข้ามาในกลุ่มอาจขัดขวางต่อการพัฒนากลุ่มได้

สถานที่ สถานที่ในการทำกลุ่ม ควรเป็นสัดส่วนหรือเป็นส่วนตัว (privacy) สถานที่ควรเป็นสถานที่เงียบสงบ ไม่มีเสียง กลิ่นรบกวน หรือสิ่งที่เบี่ยงเบนความสนใจและมีบรรยากาศที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ การจัดกิจกรรมกลุ่มควรจัดให้สมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่มนั่งเป็นวงกลมซึ่งการนั่งเป็นวงกลมถือเป็นตำแหน่งการนั่งที่ดีที่สุด (Yalom, 1995) ที่จะทำให้สมาชิกกลุ่มได้เห็นหน้าซึ่งกันและกัน มีการประสานสายตาในระหว่างการสนทนา ได้เห็นปฏิกิริยา การแสดงออกทั้ง

ที่ใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด ซึ่งสมิทและบาส กล่าวว่า การประสานสายตาในระหว่างการสนทนา เป็นการสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นได้ (Smith & Bass, 1979) โดยการทำกลุ่มครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจากสถานีอนามัยประจำตำบลทองเอน อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ขออนุญาตใช้สถานที่ในการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

เวลา ระยะเวลาที่ใช้ทำกลุ่มควรเป็นระยะเวลาที่ว่าง ควรกำหนดเวลาที่แน่นอนสำหรับการทำกลุ่ม ระยะเวลาในการทำกลุ่ม ควรใช้ครั้งละประมาณ 1-1 ½ ชั่วโมง ความถี่ของการจัดกลุ่ม อาจจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งหรือขึ้นอยู่กับเป้าหมายและความพร้อมของกลุ่ม สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาในการจัดดำเนินการกลุ่มห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยการจัดดำเนินการกลุ่มครั้งละประมาณ 1-1 ½ ชั่วโมง จำนวนทั้งหมด 6 ครั้ง

บทบาทของผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญมากในการทำกลุ่ม ถ้าผู้นำกลุ่มมีความสามารถสูง โครงสร้างของการทำงานชัดเจน กลุ่มพร้อมที่จะทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้นำกลุ่มอาจได้มาจากการเลือกของสมาชิกหรือหมุนเวียนกันทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่สำคัญ 4 ประการ ดังนี้

1. ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่เอื้ออำนวยให้สมาชิกทุกคนได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิก 3 ด้านคือ
 - 1.1 ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (security)
 - 1.2 ความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่มหรือความรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่ม (belonging)
 - 1.3 ความรู้สึกเป็นเพื่อนกับผู้อื่น (companionship)
2. ผู้นำกลุ่ม ต้องสร้างบรรยากาศและควบคุมสถานการณ์ให้สมาชิกทุกคนมีอิสระในการแสดงความรู้สึก แสดงความคิดเห็นในปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหา แต่ต้องควบคุมบรรยากาศในกลุ่มไม่ให้กลุ่มอยู่ในภาวะตึงเครียดจนเกินไป
3. ผู้นำกลุ่มต้องรับผิดชอบให้กลุ่มดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ มีการประเมินความก้าวหน้าของกลุ่มเป็นระยะ ๆ
4. ผู้นำกลุ่มต้องมีใจเป็นกลาง เป็นนักฟัง ไม่ผูกขาดการพูด เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ร่วมอภิปรายทุกคน ไม่สนใจปัญหาของสมาชิกคนใดคนหนึ่งเพียงคนเดียว เพราะจะทำให้สมาชิกคนอื่น ๆ รู้สึกไม่ได้รับความสนใจหรือไม่เกิดประโยชน์ในการเข้ากลุ่ม
5. ผู้นำกลุ่มควรเป็นผู้ปรับตัวได้ดีแล้ว เข้ามาเป็นผู้นำกลุ่มเพื่อประโยชน์ของกลุ่ม มากกว่าต้องการความมีหน้ามีตา เว้นแต่จะได้รับการประโยชน์ทั้งสองอย่าง

โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยร่วมกับสมาชิกกลุ่มทำข้อตกลงกับกลุ่มว่าในการเลือกผู้นำกลุ่ม อาจมีการเปลี่ยนแปลงในแต่ละครั้งของการทำกลุ่ม หรืออาจจะขึ้นอยู่กับข้อตกลงของกลุ่มว่าจะ

เปลี่ยนแปลงทุกครั้งหรือไม่อย่างไร การเป็นผู้นำกลุ่มนั้นหมายถึงการได้รับการยอมรับจากสังคมหรือสมาชิกกลุ่ม ซึ่งความต้องการทางด้านจิตวิทยาของมนุษย์ทั่วไปพบว่าทุกคนก็ต้องการที่จะได้รับการยอมรับจากสังคมและมีความต้องการที่จะเป็นผู้นำ

บทบาทของสมาชิกกลุ่ม สมาชิกกลุ่มมีบทบาทที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าผู้นำกลุ่ม ดังนั้นสมาชิกกลุ่มที่ดีมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. คอยกระตุ้น สนับสนุน ให้กำลังใจแก่เพื่อนสมาชิก
2. ช่วยลดความขัดแย้ง ลดความตึงเครียดภายในกลุ่ม
3. เป็นนักฟังที่ดี รับฟังความคิดเห็นต่าง ๆ ของเพื่อนสมาชิก
4. กระตุ้นให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มมีการเสนอความคิดเห็น
5. รักษาความลับของเพื่อนสมาชิก

บทบาทของพยาบาลต่อกลุ่มช่วยเหลือตนเอง พยาบาลมีส่วนช่วยเหลือในการจัดตั้ง และดำเนินงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้หลายประการ ดังนี้ (ครุณี ชูณหะวัณ, 2540 ; ธีรรัตน์ กำลังดี, 2543)

1. คัดเลือกสมาชิกกลุ่ม ติดต่oprสานงานกับทีมสุขภาพในรายที่ต้องได้รับการส่งต่อในการรักษา

2. เป็นผู้กระตุ้นสนับสนุนให้สมาชิกเข้าร่วมประชุม

3. เป็นสมาชิกของกลุ่ม ถ้าพยาบาลเคยมีประสบการณ์เช่นเดียวกันมาก่อน เช่น เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม สมาชิกที่เป็นพยาบาลจะเป็นสมาชิกที่ให้ประโยชน์แก่กลุ่มได้มาก

4. ติดตามประเมินผลการปรับตัวและความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิก

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยรับบทบาทเป็นผู้ทำให้เกิดการรวมตัวของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เป็นผู้ชี้แนะแนวทาง ให้ข้อมูลทางด้านโรคสมองเสื่อมและวิธีการดูแลเพิ่มเติม ตลอดจนช่วยอำนวยความสะดวกด้านสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ โดยให้กลุ่มดำเนินไปอย่างเป็นธรรมชาติมากที่สุด

การจัดประสบการณ์ในกลุ่ม (phase of group experience) การจัดการดำเนินการกลุ่มมีขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเริ่มต้น หรือระยะสร้างสัมพันธภาพ (introductory phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกภายในกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิก กลุ่มอธิบายให้กลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ของการดำเนินการกลุ่ม ระยะเวลา สถานที่ แนวทางในการปฏิบัติตัวในการเข้าร่วมกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก และความ

คิดเห็นอย่างเปิดเผย (self disclosure) แลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างอิสระและสร้างความไว้วางใจ (trust) ผู้นำกลุ่มต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลดีของการที่สมาชิกได้พูดระบายปัญหาของตนเอง ให้กลุ่มทราบและผู้นำกลุ่มจะต้องอธิบายให้สมาชิกทุกคนเข้าใจว่าเรื่องที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มจะเป็นความลับของกลุ่ม ซึ่งการแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผยจะนำไปสู่การยอมรับ ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการเข้าร่วมกลุ่ม(ครั้งแรกผู้นำกลุ่มควรเป็นพยาบาล) ระยะเวลาประมาณ 10-20 นาที

2. ระยะดำเนินการ (working phase) เป็นระยะที่สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่มทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางอารมณ์ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา แนวทางการแก้ไขปัญหาและเปิดเผยตนเองมากขึ้น ระยะนี้สมาชิกจะเริ่มสนใจปัญหาที่แท้จริง ยอมรับปัญหา ต้องการให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกด้วยกันระยะนี้สมาชิกกลุ่มจะเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ ทำให้สมาชิกแต่ละคนรู้สึกมีคุณค่าและมีศักดิ์มากขึ้นที่สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีแก้ไข ตลอดจนสามารถช่วยเหลือสมาชิกผู้อื่นให้เข้าใจและแก้ไขปัญหาบางอย่าง ระยะเวลาประมาณ 40-50 นาที

3. ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (terminating the group) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ระยะนี้เกิดขึ้นในช่วง 10-20 นาที ก่อนการปิดประชุม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาตนเอง ความสำเร็จของกลุ่ม และช่วยให้สมาชิกรู้สึกว่าเขาสามารถเผชิญกับปัญหาได้ด้วยตนเองต่อไป ก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้นำกลุ่มควรมีการแจ้งสมาชิกกลุ่มล่วงหน้า อย่างน้อย 2-3 สัปดาห์ และในกรณีที่สมาชิกกลุ่มบางรายเกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้นำกลุ่มควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเผยความรู้สึก พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์ของการเข้ากลุ่ม

ลักษณะเฉพาะของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีลักษณะที่เด่นชัดเฉพาะตัวและแตกต่างจากกลุ่มอื่น ๆ ดังต่อไปนี้ (ธิดารัตน์ กำลังดี, 2543)

1. มีการให้การสนับสนุนและให้ความรู้โดยกลุ่มสมาชิก (distinguished by their supportive and education aims)
2. เน้นไปที่เหตุการณ์ที่ทำให้ชีวิตยุ่งยากเพียงอย่างเดียว (focus on a single life – disrupting event)
3. จุดประสงค์เบื้องต้น คือ การสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง (primary purpose of supporting personal change)
4. เป็นกลุ่มนิรนามและมีความเป็นส่วนตัว (anonymous and confidential nature)

5. สมาชิกเข้าร่วมกลุ่มด้วยความสมัครใจ (voluntary membership)
6. ผู้นำกลุ่มมาจากผู้ป่วยด้วยกันเอง (member leadership)
7. ไม่มีการแสวงหากำไรหรือผลประโยชน์ใด ๆ จากการเข้ากลุ่ม (absence of profit orientation)

ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิต

กลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้นเป็นรูปแบบหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมที่เอื้อให้บุคคลต่าง ๆ ได้ต่อสู้กับวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ของชีวิต ความสัมพันธ์ในเชิงพึ่งพานั้นได้เป็นเครื่องปกป้องต่อความเครียดได้ สิ่งเหล่านี้ทำให้คนเราได้แปลสถานการณ์ในแนวทางที่แตกต่างและมีความกดดันน้อยลงไป (Riessman, 1998 อ้างถึงใน สุทธิณี พัตวิสัย, 2545) โดยเป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นจากการรวมตัวของบุคคลที่มีประสบปัญหาคล้ายคลึงกัน เข้าร่วมกลุ่มเพื่อปรึกษาหารือ ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยการนำประสบการณ์ตรงมาร่วมช่วยแก้ปัญหา ได้ระบายความรู้สึกจากประสบการณ์ที่ได้รับ (สุทธิณี พัตวิสัย, 2545 ; Fung & Chien, 2002, pp. 134 – 144) และมีบุคลากรทางวิชาชีพเป็นผู้อำนวยความสะดวก จุดสำคัญของกลุ่มช่วยเหลือตนเองคือ การให้สมาชิกกลุ่มซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงจากปัญหาเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือแก่เพื่อนสมาชิก ในบทบาทที่แพทย์พยาบาลและสมาชิกภายในครอบครัวไม่อาจทำได้อย่างเหมาะสม ซึ่งกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกได้มีโอกาสแสดงบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือ ในเวลาเดียวกัน โดยที่ไม่มีเรื่องผลประโยชน์มาเกี่ยวข้อง เกิดความเข้าใจกัน เอื้ออาทรแก่กันเสมือนเป็นกลุ่มเดียวกัน มีความพึงพอใจในตนเอง มีความรู้ความสามารถและเชื่อมั่นในตนเอง (ธิดารัตน์ กำลังดี, 2543)

การศึกษาถึงผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาพบว่า ผลของการทำกลุ่มก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ดูแลคือ 1) การเพิ่มขนาดของเครือข่าย 2) สมาชิกได้รับความรู้ความสามารถ 3) ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย 4) ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างสมาชิก และช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการควบคุมปัญหาการดูแล 5) ลดปัญหากดดันในจิตใจและกล้าเผชิญปัญหา (Toseland, Rossiter, & Laberque, 1989 ; Fung & Chien, 2002 ; Sorensen, Pinquart, Habil & Duberstien, 2002) อีกทั้งสามารถลดความเครียดและส่งเสริมทางด้านจิตสังคมแก่ผู้ดูแล ดังจะเห็นได้ว่ากลวิธีกลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถเพิ่มในด้านของความรู้ความสามารถควบคู่ไปกับการส่งเสริมทางด้านจิตสังคมของผู้ดูแลอีกด้วย

ด้วยสาเหตุใหญ่ของความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตที่ลดลงของผู้ดูแลนั้น
 เนื่องจาก ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมขาดการได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ
 ภาวะสมองเสื่อมและรูปแบบหรือวิธีการให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ประกอบกับการที่
 ผู้ดูแลขาดการสนับสนุนทางด้านจิตสังคม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดย
 มุ่งที่จะส่งเสริมความรู้ความเข้าใจไปพร้อมกับการสนับสนุนทางจิตสังคมให้กับผู้ดูแล ซึ่งสมาชิก
 กลุ่มได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ปัญหาอุปสรรคในการดูแลและผลกระทบที่
 ได้รับจากการดูแล อีกทั้งแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม จากการที่สมาชิก
 ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้มารวมกลุ่มเพื่อให้ข้อมูลข่าวสาร ได้
 แลกเปลี่ยนเกี่ยวกับประสบการณ์ตรงที่ได้รับจากการดูแลเกี่ยวกับปัญหา และประสบการณ์ในการ
 แก้ปัญหาหรือวิธีการให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ผ่านมา ซึ่งมีผลให้สมาชิกซึ่งเป็นผู้ดูแล
 เกิดความเข้าใจและยอมรับในตัวผู้สูงอายุ ลดความวิตกกังวล ลดความรู้สึกลด และความรู้สึกลด
 ภายในจิตใจเกี่ยวกับอาการและพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้สูงอายุ อีกทั้งได้รับแนวทางหรือวิธีการ
 ในการให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจากสมาชิกผู้ที่มีประสบการณ์ตรง สมาชิกสามารถ
 นำไปปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง

ด้านจิตสังคมผู้วิจัยได้สนับสนุนให้เกิดกับสมาชิกภายในกลุ่ม โดยที่กระบวนการของกลุ่ม
 ช่วยเหลือตนเองนี้จะมุ่งเน้นให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม ผู้ที่เป็นสมาชิกจะได้มี
 โอกาสแสดงบทบาทของการเป็นผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือในเวลาเดียวกัน ได้รับเข้าถึง
 ความรู้สึกที่ได้รับจากการให้การดูแลผู้สูงอายุ สมาชิกจะมีความรู้สึกเสมือนว่าลงเรือลำเดียวกัน ผล
 ที่ผู้ดูแลนั้นได้รับคือ ลดการแยกตัวจากสังคม มีกำลังใจ ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เกิดความรู้สึกมี
 คุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง ระดับความเครียดลดลง และเกิดความพึงพอใจในชีวิต
 ตามมา ซึ่งบทบาทของผู้วิจัยนั้นเป็นเพียงแหล่งข้อมูลที่ถูกต้อง อีกทั้งสนับสนุนให้เกิดสัมพันธภาพ
 อันดีภายในกลุ่ม และอำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาในการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ดังนั้นเห็นได้ว่าผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้นสามารถช่วยเหลือผู้ดูแลทั้งทางตรงและ
 ทางอ้อม ทางตรงก็คือ ขจัดสาเหตุของการเกิดความรู้สึกมีภาระ และความผาสุกในชีวิตที่ลดลงได้
 จากการที่สมาชิกได้รับความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมในวัยสูงอายุและแนวทางในการดูแล
 ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม อีกทั้งได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกภายในกลุ่ม ช่วยให้ผู้ดูแล
 ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสามารถเผชิญกับปัญหาของผู้ป่วย และควบคุมอารมณ์ของตนเองได้
 อีกทั้งมีแนวทางในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลนั้นสามารถเผชิญกับปัญหาและมี
 แนวทางในการแก้ปัญหาตลอดระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ทางอ้อมก็คือ ผลของ
 การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลและวิธีการปฏิบัติการดูแลต่อผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ถูกต้อง จะช่วยให้

ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุลงได้ ปัญหาทางด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ลดน้อยลงตามมา ด้วยผลดังที่ได้กล่าวนี้จะนำไปสู่ความรู้สึกรู้สึกมีภาระที่ลดลง อีกทั้งส่งผลสะท้อนไปยังความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลนั้นเพิ่มขึ้นตามมา

การศึกษาถึงการนำรูปแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองไปใช้ในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ชารอน (Sharon, 1989) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนและการสนับสนุนแบบกลุ่มต่อความผาสุกเชิงจิตวิสัยและการรับรู้การะของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนร่วมกับการสนับสนุนแบบกลุ่มมีระดับการรับรู้การะลดลงและมีความผาสุกเชิงจิตวิสัยเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนเพียงอย่างเดียว และการศึกษาถึงกลไกของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมพบว่า สิ่งที่ผู้ดูแลได้รับการทำกลุ่มคือ 1) ได้รับข้อมูลข่าวสาร 2) ได้รับคำแนะนำในการเผชิญกับปัญหา 3) มีคุณธรรม 4) ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ ผลที่ได้รับนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลกล้าเผชิญกับปัญหาและภาวะทางอารมณ์ได้เป็นอย่างดี (Cuijpers, Hosman & Munnich, 1996) ซึ่งจากการศึกษาของฟ่งและชิน (Fung & Chien, 2002) เกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมจำนวน 52 ราย มีวัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองซึ่งเป็นผู้ดูแลที่ได้รับรูปแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการช่วยเหลือตามปกติต่อระดับความเครียดและคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองช่วยทำให้ระดับความเครียดลดลงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษายังพบว่า ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ผ่านมาพบว่า สามารถเพิ่มความรู้ความสามารถ ลดความรู้สึกรู้สึกมีภาระ และเพิ่มความผาสุกในชีวิตในผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sorensen, Pinquart, Habil & Duberstien, 2002, pp. 356-372) โดยระยะเวลาที่ใช้ในการทำกลุ่ม คือ ครั้งละ 1 ½ ถึง 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทั้งหมด 6-8 สัปดาห์ (Yin, Zhou & Bashford, 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในประเทศไทยยังไม่พบงานวิจัยที่นำรูปแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ แต่เป็นการศึกษาในกลุ่มอื่นได้แก่ การศึกษาการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดต่อคุณภาพชีวิต และปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มช่วยเหลือตนเองรวมถึงการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากการเข้ากลุ่ม โดยจัดให้มีการประชุมกลุ่มทั้งหมด 8 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม มากกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (บุญชื่น อิมมาก, 2537) และนันทา เกียรติกังวาฬไกล (2540) ศึกษาถึง ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะ 2 และ 3

ที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับการสอดใส่แร่ซีเซียม ณ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็น กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนจากกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จำนวน 4 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ เครียด ที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหา มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา ศรีกสิน (2541) เกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญปัญหาของมารดาที่มีบุตรเป็นโรคออทิสติก ซึ่งศึกษาในกลุ่มมารดาที่ดูแลบุตรเป็นโรคออทิสติก ณ โรงพยาบาลยุวประสาท โดยแบ่งกลุ่มมารดาที่ทำการศึกษาออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นระยะเวลา 1-1 ½ ต่อครั้งต่อสัปดาห์ จำนวนทั้งหมด 8 ครั้ง ในส่วนของกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลภายหลังจากเสร็จสิ้นการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีการเผชิญปัญหาพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่มีต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีความเป็นไปได้ว่า ภายหลังจากการที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้รับการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองผู้ดูแลจะสามารถลดความรู้สึกรังเกียจที่มีต่อการดูแลได้และเกิดความพึงพอใจในชีวิตตามมา ซึ่งถือว่าการแก้ปัญหาที่ตัวผู้ดูแลแต่ละประโยชน์ที่ได้รับนั้น นอกจากจะได้ที่ผู้ดูแลแล้ว สามารถส่งไปถึงผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้อีกด้วย อันจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมตามมา